

Research Paper

Clinical Characteristics, Function, Quality of Life, and Premorbid Adjustment in Children and Adolescents With First-Episode Psychosis Admitted at Roozbeh Hospital



*Zahra Shahrivar^{1,2}, Javad Mahmoodi Gharaei¹, Maryam Zare^{1,3}, Mozghan Zarrabi⁴, Elham Shirazi⁵

1. Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor, Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Psychiatry Assistant, Department of Psychiatry, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Physician, School of Medicine, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Child and Adolescent Psychiatrist, Associate Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Shahrivar Z, Mahmoodi Gharaei J, Zare'i M, Zarrabi M, Shirazi E. [Clinical Characteristics, Function, Quality of Life, and Premorbid Adjustment in Children and Adolescents With First-Episode Psychosis Admitted at Roozbeh Hospital (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017; 23(3):306-319. <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.23.3.306>

doi: <https://doi.org/10.29252/NIRP.IJPCP.23.3.306>

Received: 03 May 2016

Accepted: 25 Jan. 2017

ABSTRACT

Objectives This study was done to evaluate the clinical characteristics, function, quality of life, and premorbid adjustment of inpatient children and adolescents with First-Episode Psychosis (FEP) at Roozbeh psychiatric hospital.

Methods During a two-year cohort study (2013-2014), all admissions in the child and adolescent psychiatric ward were evaluated. Diagnoses were made using clinical assessment and the Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Persian Version (K-SADS-LV-PV). The Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS), Premorbid Adjustment Scale (PAS), Clinical Global Assessment Scale (CGAS), and WHO-Quality of Life-Brief (WHOQOL-Brief) were used to assess the related variables.

Results Among 44 participants (47.7% boys) with a mean age of 193.11(21.5) months, 68.3% were suffering from Bipolar Disorder (BD) and 15.9% from Schizophrenia. Poor premorbid adjustment before the emergence of psychosis was indirectly related with academic level and directly consistent with suicidal risk and duration of psychotic disorder ($P < 0.05$). The level of premorbid global functioning was higher than 80% only in 7% of the participants. This score was less than 40% in 95% of the participants during admission.

Conclusion Bipolar disorder was the most common diagnosis among the child and adolescent inpatients with FEP. FEP was consistent with poor premorbid adjustment and severe global functioning impairment. These findings confirm the need for prevention and early interventions in at-risk individuals.

Key words:

Adjustment, Adolescent, Children, Function, Psychotic disorder, Quality of life

Extended Abstract

1. Introduction

F

irst Episode Psychosis (FEP) refers to the emergence of psychotic symptoms such as delusion, hallucination, disorganized

behavior, and abnormal effects before the age of 18 years. Early diagnosis and treatment of FEP have been considered as an important field of research in the past two decades, confirming the effect of early preventive strategies. Research on adults with FEP has been conducted in Iran evaluating diagnostic stability, course, and clinical consequences [5-7]; however, the different aspects of FEP in chil-

* Corresponding Author:

Zahra Shahrivar, MD

Address: Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 55419113

E-mail: shahrivar@sina.tums.ac.ir

dren and adolescents in Iran have seldom been evaluated. Therefore, this study was done to evaluate the demographic and clinical characteristics of inpatient children and adolescents with FEP at a tertiary psychiatric hospital.

2. Method

During a two-year prospective study (2013-2014), all consecutive admissions in the child and adolescent psychiatric ward were evaluated in terms of FEP. Among them, those whose symptoms were substance-induced or had medical etiology were excluded. The study aims and process were explained to the participants, and their parents and oral assent and consent were received from them. Diagnoses were made using clinical assessment by a child and adolescent psychiatrist and confirmed by a semi-structured interview using the Kiddie Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia-Present and lifetime Version-Persian Version.

The Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) was used by a clinician to rate the psychotic features of FEP in the participants. Moreover, to assess the participants' adaptation before the emergence of psychosis, the Premorbid Adjustment Scale (PAS) was accomplished for interviewing the participants and their parents. The study clinician completed the Clinical Global Assessment Scale (CGAS) to rate the level of general functioning in the participants. The World Health Organization Quality of Life- brief questionnaire (WHOQOL-Bref) was completed by the participants to determine the quality of life variables. The participants were receiving treatment as per the usual protocol in the hospital. To analyze the data, the descriptive method was used to assess the prevalence and means. The Spearman's

correlation analysis was performed to test the association between the variables.

3. Results

A total of 44 participants (47.7% boys) with FEP were enrolled in the study. Their mean age was 193.11(21.5) months, and 70.5% were students. Among them, 43.2% lived in the capital and the others were referred from other states of the country. The history of psychiatric disorders was positive in 18.2% of first- and second-degree relatives of the participants. Before admission, half of the participants had visited psychiatrists, and nearly 40% had been referred to psychologists. The duration of untreated psychosis was more than 6 months in 13% of the participants while 31.2% of the youth were admitted in the first 2 weeks. In terms of psychiatric diagnoses, 68.3% were suffering from Bipolar Disorder (BD) and 15.9% from Schizophrenia. Brief psychotic disorder and psychosis not otherwise specialized were found in 4.5% and 2.3% patients, respectively.

The most prevalent comorbid disorders were obsessive-compulsive disorder (11.3%), attention-deficit hyperactivity disorder (9%), specific phobia (6.8%), and autism (4.5%). Intellectual disability was found in 11.4%, and medical disease in one-third of the participants. More than 40% of the participants had problems approaching with mental health services. Poor adjustment before the emergence of psychosis was negatively related with academic level and positively consistent with female gender, suicidal risk, and duration of psychotic disorder ($P < 0.05$). The level of premorbid global functioning was lower than 80% in 93% of the participants. This score was less than 40% in

Table 1. Correlation coefficients between demographic characteristics and severity of psychotic symptoms (based on PANSS scores) and premorbid adjustment (based on PAS scores) in the participants ($n=44$)

Demographic Variable	PANSS			PAS					
	Positive	Negative	General	Childhood	Early Adolescence	Late Adolescence	Adulthood	General	Total
Gender	0.163	0.143	0.024	0.34	0.38	0.29	-	0.27	0.37
	(0.29)	(0.36)	(0.88)	(0.02)	(0.01)	(0.28)	-	(0.08)	(0.02)
Level of education	0.136	-0.345	-0.155	-0.38	-0.32	-0.45	-	-0.42	-0.35
	(0.37)	(0.02)	(0.33)	(0.009)	(0.03)	(0.07)	-	(0.005)	(0.002)
Duration of psychotic disorder	0.129	0.446	0.26	0.48	0.39	0.22	-	0.45	0.43
	(0.04)	(0.002)	(0.09)	(0.001)	(0.009)	(0.40)	-	(0.003)	(0.006)

PANSS: Positive and Negative Symptoms Scale; PAS: Premorbid Adjustment Scale

Table 2. Correlation coefficients between quality of life, severity of psychotic symptoms, and premorbid adjustment in the participants (n=44)

Demographic Variable	PANSS				PASS				
	Positive	Negative	General	Childhood	Early Adolescence	Late Adolescence	Adulthood	General	Total
Physical	0.13 (0.39)	-0.08 (0.060)	-0.05 (0.75)	-0.28 (0.06)	-0.35 (0.02)	-0.51 (0.04)	-	-0.19 (0.22)	-0.380 (0.01)
Psychic	0.16 (0.3)	-0.5 (0.73)	-0.003 (0.98)	-0.15 (0.32)	-0.22 (0.16)	-0.24 (0.35)	-	-0.17 (0.28)	-0.21 (0.18)
Social	-0.08 (0.61)	-0.02 (0.88)	-0.15 (0.39)	-0.12 (0.46)	-0.33 (0.04)	-0.49 (0.07)	-	-0.21 (0.20)	-0.25 (0.14)
Environmental	-0.06 (0.69)	0.14 (0.36)	-0.30 (0.5)	0.01 (0.92)	-0.14 (0.36)	-0.1 (0.69)	-	-0.11 (0.49)	-0.12 (0.46)
Total	0.21	-0.001	-0.04	-0.04	0.04	-0.17	-	-0.05	0.06

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

95% of them during admission. Correlation coefficients between demographic characteristics and severity of psychotic symptoms (based on PANSS scores) and premorbid adjustment (based on PAS scores) in the participants (n=44) are shown in Table 1. Table 2 demonstrates correlation coefficients between quality of life, severity of psychotic symptoms, and premorbid adjustment in the participants.

4. Conclusion

This study used limited prospective cohorts of children/adolescents who experienced symptoms of an episode of psychosis for the first time. Among this group of inpatients in a psychiatric hospital, bipolar disorder was the most common diagnosis and non-affective psychotic disorders came second. This fact was in line with some previous findings while it was inconsistent with the studies that showed Schizophrenia and Schizophreniform disorders as the most common diagnoses in children and adolescents with FEP [1-4]. These different findings can be interpreted by various methods of assessment and case findings; for example, outpatient versus inpatient enrollment.

The participants in our study suffered from severe psychiatric symptoms and risk of suicide. Appropriate mental health services were not available for many of these children and adolescents, and they were at risk of chronicity of psychosis and its lifelong negative consequences. FEP was consistent

with poor premorbid adjustment and severe global functioning impairment. These findings confirm the need for early prevention for vulnerable individuals, as well as appropriate pharmacologic and non-pharmacologic interventions.

Ethical Considerations

Compliance With Ethical Guideline

The physician met the patient and the family, explained the objectives of the project, and obtained informed consent. This study was funded and approved by the Ethics Committee of the Research Vice-Chancellor of Tehran University of Medical Sciences (No. 10294).

Funding

This paper was financially supported by Tehran University of Medical Sciences (Grant Number: 10294).

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgements

We thank all the children and adolescents participating in this project and their families. Also, we sincerely thank Ms.

ویژگی‌های بالینی، عملکرد، کیفیت زندگی و سازگاری پیش از بیماری در کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست بستری در بیمارستان روزبه

*زهرا شهریور^۱، جواد محمودی قرایی^۱، مریم زارعی^۲، مژگان ضرابی^۳، الهام شیرازی^۵

۱- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- دستیار روان‌پزشک، بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- پزشک عمومی، گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵- فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار، مرکز تحقیقات سلامت معنوی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.



تاریخ دریافت: ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۵

تاریخ پذیرش: ۰۶ بهمن ۱۳۹۵

اهداف: در این مطالعه ویژگی‌های بالینی، عملکرد کلی، کیفیت زندگی و سازگاری پیش از بیماری کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست بستری در بیمارستان روانپزشکی روزبه بررسی شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه پیمایشی همه کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست ارزیابی شدند که در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ در بخش کودک و نوجوان بیمارستان روزبه بستری شده بودند. تشخیص‌گذاری بر اساس ارزیابی بالینی روانپزشکی و ترجمه فارسی فهرست اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیای کودکان، نسخه حال و طول عمر (K-SADS-PL-PV) صورت گرفت. برای ارزیابی متغیرهای مربوطه، مقیاس نشانه‌های مثبت و منفی (PANSS)، سازگاری پیش از بیماری (PAS)، ارزیابی کلی کودکان (CGAS) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه) (WHOQoL-Bref) تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و روش آمار توصیفی و آزمون همبستگی اسپیرمن صورت گرفت.

یافته‌ها: در میان ۴۴ شرکت‌کننده (۴۷/۴ درصد پسر) با میانگین سنی ۱۹۳/۱۱ ماه و انحراف استاندارد ۲۱/۵ ماه، ۶۸/۳ درصد از افراد به اختلال خلقی دوقطبی و ۱۵/۹ درصد به اسکیزوفرنیا مبتلا بودند. شایع‌ترین اختلال همراه با اختلال وسواسی-جبری و بیش‌فعالی کم‌توجهی بود. سازگاری ضعیف قبل از روان‌پریشی با سطح تحصیلات رابطه منفی و خطر خودکشی و مدت اختلال روان‌پریشی رابطه مثبت ($P < 0/05$) داشت. سطح عملکرد کلی پیش از بروز روان‌پریشی تنها در ۷ درصد افراد، بیشتر از ۸۰ درصد بود. این میزان در زمان بستری در ۹۵ درصد افراد کمتر از ۴۰ بود.

نتیجه‌گیری: اختلال دوقطبی شایع‌ترین تشخیص روان‌پریشی بار نخست در میان کودکان و نوجوانان بستری بود. روان‌پریشی بار نخست با سطح پایین سازگاری پیش از بیماری و افت شدید عملکرد کلی همراه بود. این یافته‌ها بر ضرورت درمان‌های پیشگیرانه و بهنگام در کودکان و نوجوانان در معرض خطر تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها:

روان‌پریشی بار نخست، سازگاری، عملکرد، کودکان، کیفیت زندگی، نوجوانان

مقدمه

را دارند می‌توانند در هر یک از این زیرگروه‌ها قرار بگیرند. گرچه، میان روان‌پریشی بار نخست در کودکان و نوجوانان و بزرگسالان شباهت‌های بسیاری یافت می‌شود، اما هنوز یافته‌های مرتبط با هم‌ابتلائی، ثبات تشخیصی، علت‌شناسی، درمان، سیر و پیش‌آگهی این اختلال در کودکان و نوجوانان کافی نیست. این موضوع پژوهشگران را بر آن داشته تا در زمینه‌های مختلف روان‌پریشی بار نخست در کودکان و نوجوانان مطالعه کنند.

مطالعات مرتبط با روان‌پریشی بار نخست کودکان و نوجوانان

روان‌پریشی بار نخست^۱، که به بروز نشانه‌های مثبت روان‌پریشانه کوتاه‌تر از شش ماه و قبل از هجده سالگی اطلاق می‌شود، مجموعه‌ای از اختلالات مانند اسکیزوفرنیا، اسکیزوافکتیو، دوقطبی، افسردگی و غیره را دربر می‌گیرد. با گذشت زمان، کودکان و نوجوانانی که نشانه‌های اولیه روان‌پریشی

1. First Episode Psychosis (FEP)

* نویسنده مسئول:

دکتر زهرا شهریور

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری.

تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: shahrivar@sina.tums.ac.ir

به روان‌پریشی‌های دیگر. گروه مبتلا به اختلال دوقطبی هم در زمان مطالعه و هم هنگام بروز بیماری از دیگر گروه‌های بالینی بالاتر بود. بهره‌هوشی هر سه گروه نسبت به گروه شاهد کمتر بود.

برای بار نخست در ایران، تحقیق در زمینه روان‌پریشی با کار روی بزرگسالان آغاز شد. برای اولین بار در یک دوره پیگیری دو ساله، دو پژوهش‌پایداری تشخیصی و دوره‌های غیرخُلقی حاد بهبودیابنده را در میان بزرگسالان مبتلا به روان‌پریشی ارزیابی کردند [۵، ۶]. مطالعه دیگری مشخصات، سیر و پیامدهای بالینی صد بزرگسال مبتلا به روان‌پریشی بار نخست را به مدت سه سال بررسی کرد و نشان داد تعداد قابل توجهی از آنان دچار عود شدند و بهبودی چندانی در عملکرد و کیفیت زندگی آنان رخ نداد [۷]. یک کارآزمایی بالینی آینده‌نگر طی دو سال، درمان جامع شامل داروی آنتی‌سایکوتیک و مداخلات غیردارویی را با درمان‌های معمول مقایسه کرد. این مطالعه روی ۴۰ کودک و نوجوان و ۶۰ بزرگسال مبتلا به روان‌پریشی بار نخست صورت گرفت که در بیمارستان روزبه درمان می‌شدند. بنا بر نتایج بخش کودکان و نوجوانان این مطالعه [۸]، بهبودی در هر دو گروه چشمگیر بود، اما تعداد عودها و مدت استمرار آن‌ها در گروه درمان جامع به مراتب کمتر بود.

در بسیاری مراکز بهداشتی‌درمانی و پژوهشی کشورهای جهان، برنامه‌های مشخصی برای شناسایی و ثبت مشخصات کودکان و نوجوانانی که به روان‌پریشی بار نخست مبتلا می‌شوند و درمان و پیگیری بهنگام و مناسب این اختلال وجود دارد (برای مثال: مطالعه روان‌پریشی کودک و نوجوان، کاستروفورنیلز، ۲۰۰۷). در جوامعی که نظام ملی بهداشت روان در آن‌ها برقرار است، ناآگاهی از شاخص‌های بیماری و سلامت روان، نسبت‌دادن تغییرات رفتاری و هیجانی به ویژگی‌های کودکی و دوران بلوغ و فشارهای محیطی و ترس از انگ بیماری‌های روانپزشکی باعث می‌شود افراد در زمان مناسب برای درمان مراجعه نکنند.

کودک یا نوجوان مبتلا، لزوم و ضرورت مراجعه و دریافت مداخله مناسب را درک نمی‌کند و برای مراجعه مقاومت می‌کند و زمانی به مراکز خدمات سلامت روان ارجاع داده می‌شود که علائم شدید و از نظر خانواده غیر قابل مدیریت باشد. بنابراین، برنامه‌های خاص مرتبط با روان‌پریشی بار نخست علاوه بر جمع‌آوری اطلاعات در زمینه وضعیت بیماران از زمان شروع علائم و اولین حمله بیماری، خدمات متنوع درمانی و حمایتی را در اختیار بیماران و خانواده‌هایشان قرار می‌دهد و در پیگیری‌های چندساله، سیر بیماری را بررسی می‌کند. متأسفانه در کشور ما مطالعات جامع در زمینه این بیماران بسیار محدود است و هیچ مرکزی برای ارجاع و اطلاعات آن‌ها وجود ندارد. بنابراین، اطلاع دقیقی درباره چگونگی و سیر علائم، عوامل خطر ساز، دوره وجود علائم قبل از تشخیص و سیر بالینی و عود وجود ندارد و شیوه ارائه خدمات مطلوب به این بیماران مشخص نیست. داشتن اطلاعات پایه علاوه بر فراهم آوردن

از نظر تشخیص‌ها و سایر ویژگی‌های بالینی، مشخصات جمعیت‌شناختی، شاخص‌های عملکردی و سازگاری قبل از بیماری نتایج مختلفی را ارائه داده‌اند. شیملمن و همکاران [۱] در مطالعه‌ای روی ۱۵۷ نوجوان پانزده تا هجده ساله مبتلا به روان‌پریشی بار نخست که به مرکز مداخله و پیشگیری روان‌پریشی بار نخست مراجعه کرده بودند، شیوع تشخیص‌ها را به این ترتیب اعلام کردند: اسکیزوفرنیفرم ۴۵/۵ درصد، اسکیزوفرنیا یا اسکیزوافکتیو ۲۶/۹ درصد و روان‌پریشی‌های خُلقی ۱۶/۴ درصد. در این میان ۳۶/۶ درصد از افراد به اختلالات همراه از جمله مصرف مواد (۵۲/۲ درصد) و افسردگی اساسی (۲۳/۱ درصد) مبتلا بودند. ۴۱ درصد از این افراد زیر شانزده سال سن داشتند و ۷۱ درصد از آن‌ها پسر بودند. به‌طور کلی، ۷۹ درصد از افراد سابقه خانوادگی اختلال روانپزشکی داشتند و ۳۷ درصد از آن‌ها روان‌پریشی داشتند. میانگین و انحراف معیار سطح عملکرد پیش از بیماری به ترتیب ۶۸/۸ و ۹/۷ درصد و در زمان مراجعه ۳۳/۳ و ۱۰/۷ درصد بود. ۷۶ درصد از نوجوانان سابقه اختلال روانپزشکی و ۳۰ درصد سابقه اقدام به خودکشی داشتند. میانگین مدت روان‌پریشی درمان‌نشده ۸۸ روز بود. در این میان ۲۴ درصد از نوجوانان بدون خانواده زندگی می‌کردند، ۴۲/۵ درصد مشغول کار یا تحصیل نبودند و ۶۳ درصد نسبت به بیماری خود بینشی نداشتند. میانگین سطح کلی عملکرد افراد در زمان ترخیص ۶۱/۹ بود.

مطالعه فورنیلز و همکاران [۲] ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی ۱۱۰ کودک و نوجوان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست را در مرکز مداخله و پیشگیری روان‌پریشی نشان داد. تشخیص‌ها عبارت بودند از: اختلال سایکوتیک NOS ۳۵/۵ درصد، اختلال اسکیزوفرنیفرم ۲۴/۵ درصد، اختلال خُلقی سایکوتیک ۲۲/۷ درصد، اختلال اسکیزوفرنیا ۱۰ درصد، اختلال اسکیزوافکتیو ۲/۷ درصد و دیگر اختلالات سایکوتیک ۴/۵ درصد.

سطح تحصیلات والدین نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست و سطح اجتماعی‌اقتصادی آنان نسبت به گروه سالم پایین‌تر بود. تعداد پسران بیشتر گزارش شد و تعداد بیماران ورودی با افزایش سن بالاتر می‌رفت. مطالعه‌ای در انگلستان [۳] روی ۷۸ بیمار ۱۴ تا ۳۵ ساله که به روان‌پریشی بار نخست مبتلا و به سرویس ارائه مداخلات اولیه برای روان‌پریشی بار نخست مراجعه کرده بودند نشان داد در طول یک سال اختلالات خُلقی دوقطبی در ۲۰/۵ درصد و هر نوع سابقه خلق تحریک‌پذیر بالا و سرایت‌کننده در ۴۱ درصد از افراد وجود داشت و بقیه تشخیص‌ها مربوط به دیگر اختلالات روان‌پریشی غیرخُلقی بود. جانسن و همکاران (۲۰۰۸) [۴] ۷۰ نوجوان ۷ تا ۱۸ ساله مبتلا به روان‌پریشی بار نخست را در مقایسه با یک گروه سالم ارزیابی کردند. این شرکت‌کنندگان از مراجعان به دو بیمارستان روانپزشکی بودند. تشخیص‌های افراد عبارت بود از: ۲۵ نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۲۰ نفر مبتلا به اختلال دوقطبی و ۲۵ نفر مبتلا

ارزیابی‌ها طی دو هفته اول دوره بستری انجام می‌گرفت. در برخی موارد، از جمله زمانی که اطلاعات شرح حال کافی نبود و یا بیمار برای روشن شدن نشانه‌های روان‌پریشی همکاری نداشت و یا روان‌پزشک مسئول در تشخیص خود تردید داشت، ممکن بود برخی ارزیابی‌ها به تأخیر بیفتد یا تکرار شود.

در ارزیابی شرکت‌کنندگان، اطلاعات زیر با بهره‌گیری از ابزارهای طرح جمع‌آوری می‌شد: نوع و شدت علائم، کیفیت زندگی، کارکرد کلی و میزان سازگاری قبل از بیماری. بیماران با کمک پزشک طرح پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند تا در صورتی که سؤال یا مورد خاصی وجود داشت برطرف شود. تمام ارزیابی‌ها و جمع‌آوری اطلاعات توسط دستیار روانپزشکی یا پزشک عمومی آموزش‌دیده انجام می‌شد. مددکار مسئول پیگیری‌ها و همکاری میان دست‌اندرکاران طرح و شرکت‌کنندگان بود. این مطالعه با حمایت مالی و تأیید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (با شماره ۱۰۲۹۴) انجام شد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و سابقه بالینی

گروه پژوهش این برگه را تهیه کرد که شامل اطلاعاتی درباره سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، سابقه نشانه‌های روان‌پریشی، مدت بیماری، سن شروع بیماری، مرکز درمانی و غیره بود.

نسخه فارسی چک‌لیست کودکان برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا، تشخیص‌کنونی و طول عمر^۳

این مصاحبه نیمه‌ساختاریافته [۹] برای بررسی تشخیص اختلال سایکوتیک و دیگر اختلالات همراه، بر مبنای طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV-TR، در کودکان به کار رفت. تشخیص انواع اختلالات بر اساس قضاوت نهایی مصاحبه‌گر و با توجه به پاسخ کودک یا نوجوان و مراقب اصلی او به سؤال‌های مرتبط با هر معیار صورت می‌گیرد. این سؤال‌ها درباره موارد اصلی هر اختلال در ابتدا جنبه کاوشگری دارد. اگر این موارد موجود باشد، بخش ضمیمه هر اختلال تکمیل می‌شود. انجام هر مصاحبه به طور متوسط یک و نیم ساعت زمان نیاز دارد. نسخه فارسی این ابزار را شهرو و همکاران [۱۰] اعتباریابی کرده‌اند که روایی و پایایی مناسبی برای بیشتر اختلالات اساسی داشت. روایی آن برای اختلالات خلقی، روان‌پریشی، و بیش‌فعالی کم‌توجهی در وضعیت فعلی ۰/۸۰ گزارش شده است. پایایی آزمون و بازآزمون برای تشخیص‌های فعلی اختلالات و سواسی جبری، روان‌پریشی‌ها و بیش‌فعالی کم‌توجهی ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ گزارش شد.

امکان تخمین دقیق‌تر بار بیماری، زیربنایی برای طراحی برنامه‌های جامع پیشگیری و درمانی این اختلالات در آینده محسوب می‌شود؛ برنامه‌ریزی‌هایی که از ضروریات نظام بهداشت روان است و جای آن در ایران خالی است.

با توجه به این موضوع و با هدف برداشتن گام‌های اولیه راه‌اندازی سیستم ثبت مشخصات کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست، در یک مطالعه آینده‌نگر دو ساله خصوصیات بالینی و شاخص‌های مرتبط با عملکرد، سازگاری پیش از بیماری و کیفیت زندگی تمام کودکان و نوجوانانی بررسی شد که در سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۳ در بیمارستان روزبه بستری بودند.

روش

روش پژوهش حاضر پیمایشی و از نوع همبستگی است. طی دو سال (اسفند ۱۳۹۱ تا اسفند ۱۳۹۳) تمام کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال بستری‌شده در بیمارستان روزبه وارد طرح شدند که برای نخستین بار نشانه‌های روان‌پریشی (مانند هذیان، توهم، گفتار یا رفتار آشفته یا کاتاتونیا) را نشان می‌دادند.

روش اجرا به این شکل بود که پزشک عمومی غربالگر همکار طرح، پرونده تمام بیمارانی را بررسی می‌کرد که در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بستری بودند. در صورتی که روان‌پزشک مسئول بیمار هرگونه علائم سایکوتیک (شامل هذیان، توهم، رفتار به‌هم‌ریخته یا کاتاتونیک، گفتار به‌هم‌ریخته، عاطفه غیرطبیعی و افت شدید عملکرد) را ذکر می‌کرد و مشکل اخیر اولین دوره بروز این نشانه‌ها بود، در فهرست اولیه وارد می‌شد. پزشک با بیمار و خانواده ملاقات می‌کرد، اهداف طرح را توضیح می‌داد و از آن‌ها رضایت آگاهانه می‌گرفت. بنابراین، تنها معیار ورود، ابتلای اولین بار به هرگونه نشانه روان‌پریشی بود. تنها بیمارانی وارد طرح نمی‌شدند که از همکاری در طرح رضایت نداشتند. به خانواده توضیح داده می‌شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند، در روند درمان شرکت‌کنندگان مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد و آن‌ها هر زمان که مایل باشند می‌توانند مطالعه را ترک کنند.

پس از ورود به طرح، پزشک اطلاعات بیمار را از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی، علامت‌شناسی، طول مدت وجود علائم قبل از این مراجعه، مسیر مراجعه، مدت روان‌پریشی درمان‌نشده^۲، نحوه شروع دوره و وجود عوامل استرس‌زا در یک ماه قبل از شروع دوره با کمک بیمار و خانواده ارزیابی می‌کرد. سپس، بیمار به دستیار فوق‌تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان ارجاع می‌شد تا بر اساس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی برای اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی بر مبنای DSM-IV (K-SADS) و با توجه به مصاحبه و کل اطلاعات موجود تشخیص‌گذاری صورت گیرد.

3. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Present and Life time version, Persian Version (K-SADS-PL-PV)

2. Duration of Untreated Psychosis

مقیاس علائم مثبت و منفی^۴

این مقیاس که ارزیاب آن را تکمیل کرد، نشانه‌های روان‌پریشی را در سه خرده‌مقیاس نشانه‌های مثبت، منفی و عمومی بررسی می‌کند و شامل ۳۰ سؤال است که هر کدام می‌تواند از ۱ تا ۷ امتیاز بگیرد (۱: وجود ندارد، ۲: حداقل، ۳: خفیف، ۴: متوسط، ۵: متوسط رو به شدید، ۶: شدید، و ۷: خیلی شدید). ۷ سؤال مربوط به علائم مثبت (مقیاس مثبت)، ۷ سؤال مربوط به علائم منفی (مقیاس منفی) و ۱۶ سؤال مربوط به علائم عمومی آسیب‌شناسی روانی است [۱۱]. نمره نهایی با محاسبه مجموع این موارد صورت می‌گیرد. نمره مقیاس‌های مثبت و منفی بین ۷ تا ۴۹ و نمره آسیب‌شناسی روانی عمومی بین ۱۶ تا ۱۱۲ است.

ثبات داخلی نسخه اصلی مقیاس علائم مثبت و منفی (ضریب آلفا) برای مقیاس‌های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۳ و برای مقیاس آسیب‌شناسی روانی عمومی ۰/۷۹ گزارش شد. به دلیل تعیین روایی ساختاری، ارتباط معنی‌دار معکوسی بین نمره مقیاس‌های مثبت و منفی ($R = -0.23$) به دست آمد [۱۱]. این ابزار به طور گسترده‌ای در بررسی بیماران سایکوتیک به کار می‌رود و به تغییر حساس است. از تغییر این شاخص به منظور تعیین میزان بهبودی (کاهش حداقل ۲۰ درصد علائم) نیز استفاده می‌شود.

مقیاس سنجش کلی کارکرد^۵

با این ابزار که بر اساس دیدگاه طیفی درباره سلامت و بیماری روانی بنا شده است، میزان کارکرد کلی بیماران سنجیده می‌شود [۱۲]. نمره ۱۰۰ نشانگر بالاترین کارکرد در همه حوزه‌های اجتماعی، شغلی و روان‌شناختی است. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، شدت اختلال در کارکرد کمتر است. روایی ساختاری این ابزار مناسب گزارش شده است [۱۳]. این ابزار در چندین مطالعه روی بیماران در کشور به کار گرفته شده و پایایی آن مناسب بوده است.

مقیاس ارزیابی کلی کودکان^۶

این مقیاس [۱۴] برای ارزیابی کودکان و با استفاده از مقیاس کلی عملکرد طراحی شده است و ویژگی‌های آن مشابه پرسش‌نامه بزرگسالان است [۱۴]. پایایی میان‌آزمون‌گران بین ۰/۵۳ و ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده است [۱۵]. در این پژوهش پرسش‌نامه GAF برای افراد بالای ۱۶ سال و CGAS برای افراد زیر ۱۶ سال به کار رفت.

مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۷

این پرسش‌نامه [۱۶] مقیاسی ۲۶ سؤالی است که چهار حوزه سلامت فیزیکی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیطی (۸ سؤال) را ارزیابی می‌کند. همچنین دو سؤال درباره کیفیت کلی زندگی و سلامت عمومی دارد [۱۷]. نمره‌های مربوط به هر حوزه از ۴ تا ۲۰ محاسبه می‌شود و هرچه امتیاز به دست آمده بالاتر باشد، نشان‌دهنده کیفیت بهتر زندگی است. هیچ نمره کلی برای ابزار وجود ندارد. این مقیاس را سازمان بهداشت جهانی تهیه کرده است. مطالعات مختلف روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش کرده‌اند. این ابزار را آزمودنی تکمیل می‌کند. نجات و همکاران [۱۸] ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی را ارزیابی کردند. آنان آلفای کرونباخ همبستگی درون‌خوشه‌ای را در تمام حیطه‌ها ۰/۷۵ و در حیطه روابط اجتماعی ۰/۵۵ به دست آوردند. روایی افتراقی این ابزار در تمام حیطه‌ها قابل قبول گزارش شده است.

مقیاس سنجش سازگاری قبل از بیماری^۸

این پرسش‌نامه مقیاسی ۲۶ سؤالی است که انزوای اجتماعی، روابط با همسالان، عملکرد خارج از خانواده و عملکرد تحصیلی را در دوره‌های چهار ساله (تا ۱۱ سال، ۱۲ تا ۱۵ سال، ۱۶ تا ۱۸ سال و بالای ۱۹ سال) و همچنین تظاهرات اجتماعی جنسی در طول زندگی را ارزیابی می‌کند که از ۱۲ سالگی شروع می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای بین صفر (سالم‌ترین میزان سازگاری) تا ۶ (پایین‌ترین سطح سازگاری) صورت می‌گیرد. ثبات داخلی (آلفای کرونباخ) بین ۰/۸۰۹ و ۰/۹۳۱ گزارش شده است [۱۹]. روایی هم‌زمان اجزای مرتبط با انزوای اجتماعی و ارتباط اجتماعی این مقیاس در مقایسه با مقیاس رفتار اجتماعی Draft Board به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۰].

این ابزار برای سنجش سازگاری پیش‌مرضی در بیماران به کار می‌رود و به صورت مصاحبه با بیمار و والد و بر اساس قضاوت بالینی پرسش‌گر تکمیل می‌شود. مقیاس سنجش سازگاری قبل از بیماری در مطالعات متعددی در جمعیت ایرانی به کار رفته است (برای مثال: محمودی و همکاران) [۲۱]. در مطالعه حاضر، متن اصلی مصاحبه را پزشک آموزش‌دیده به کار برد. اطلاعاتی مبنی بر هنجاریابی ای ابزار در جمعیت ایرانی موجود نیست.

تحلیل آماری

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. به منظور تعیین شاخص‌های فراوانی و میانگین برای متغیرهای کیفی و کمی از آمار توصیفی استفاده شد و مقایسه میان متغیرها

4. Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)

5. Global Assessment of Functioning (GAF)

6. Children Global Assessment Scale (CGAS)

7. World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQoL-Bref)

8. Premorbid Adjustment Scale (PAS)

و شاخص‌های به‌دست‌آمده، بر اساس ابزارهای طرح با آزمون همبستگی اسپیرمن صورت گرفت.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی

میانگین سنی و انحراف معیار ۴۴ کودک و نوجوانی که در این طرح شرکت کردند (انحراف معیار=۲۱/۵) (۲۱/۵) ۱۹۳/۱۱ ماه بود. ۲۳ نفر از آنان (۵۲/۳ درصد) دختر بودند. سطح تحصیلات ۱۱/۴ درصد از شرکت‌کنندگان ابتدایی، ۳۸/۶ درصد راهنمایی و بقیه دبیرستانی بود. از کل گروه ۷۰/۵ درصد مشغول به تحصیل بودند. تنها ۳ نفر (۶/۸ درصد) از کسانی که ترک تحصیل کرده بودند شاغل بودند. در این میان، ۱۹ نفر (۴۳/۲ درصد) ساکن تهران و ۶ نفر (۱۳/۶ درصد) ساکن کرج بودند و بقیه از دیگر استان‌های کشور به بیمارستان روزه مراجعه کرده بودند. در ۳۸ مورد (۸۶/۴ درصد) کودک با والدین واقعی یا پدرخوانده و مادرخوانده زندگی می‌کرد. تنها ۲ نفر (۴/۵ درصد) در مؤسسات نگهداری اقامت داشتند و بقیه با مادر یا پدر به‌تنهایی و یا دیگر خویشان زندگی می‌کردند. از نظر حضانت قانونی، ۹۵/۵ درصد مسئله خاصی نداشتند و با والدین خود زندگی می‌کردند. سرپرستی یک نفر (۲/۳ درصد) با سازمان بهزیستی بود. ۸ نفر (۱۸/۲ درصد) از این کودکان و نوجوانان در میان بستگان درجه یک و دو، سابقه اختلال روان‌پزشکی داشتند.

ویژگی‌های بالینی

حدود نیمی از افراد پیش از بستری در بیمارستان روزه به دلیل نشانه‌های روان‌پریشی با روان‌پزشک و نزدیک به ۴۰ درصد با روان‌شناس مشورت کرده بودند. طول مدت اختلال سایکوتیک قبل از مراجعه به خدمات درمانی در میان ۳۱/۸ درصد از افراد کمتر از دو هفته، در ۴۰/۹ درصد بین دو هفته تا دو ماه و در

جدول ۱. سطح کلی عملکرد شرکت‌کنندگان بر اساس مقیاس SAGC/FAG

سطح عملکرد	نمره از ۱۰۰					
	۳۰ و پایین‌تر	۳۰-۴۰	۴۰-۶۰	۶۰-۸۰	۸۰-۹۰	حد اقل
وضعیت فعلی (در زمان بستری)	۳۴ نفر (۷۷/۳)	۸ نفر (۱۸/۲)	۲ نفر (۴/۶)	۰	۰	۱۵
شدیدترین وضعیت قبلی (قبل از بستری)	۲۱ نفر (۴۷/۸)	۱۶ نفر (۳۶/۴)	۴ نفر (۹/۱)	۳ نفر (۶/۸)	۰	۱۵
بالاترین سطح عملکرد قبلی (قبل از شروع بیماری)	۰	۳ نفر (۶/۸)	۷ نفر (۱۵/۹)	۳۱ نفر (۷۰/۴)	۳ نفر (۶/۸)	۳۵

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره شرکت‌کنندگان (تعداد=۴۴) از نظر سازگاری قبل از بیماری بر اساس پرسش‌نامه PAS

سطح سازگاری قبل از بیماری	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
C (دوران کودکی)	۵/۴۰(۵/۲۲)	۰	۱۸
EA (اوایل دوران نوجوانی)	۶/۴۰(۴/۸۳)	۰	۱۷
LA (اواخر دوران نوجوانی)	۹/۲۵(۴/۷۵)	۴	۱۷
A (دوران بزرگسالی)	-	-	-
G (سازگاری عمومی)	۱۹/۰۷(۸/۵۰)	۵	۴۱
T (سازگاری کلی)	۲۹/۹۴(۱/۶۵)	۷	۷۲

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره شرکت‌کنندگان (تعداد=۴۴) از نظر کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه WHOQoL-Bref

شاخص‌های مقیاس کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
فیزیکی	۵۳/۰۴(۱/۶۲)	۲۱/۴۳	۸۹/۲۹
روانی	۵۶/۵۲(۱/۷۴)	۲۰/۸۳	۹۱/۶۷
اجتماعی	۵۴/۲۷(۲/۶۳)	۰	۱۰۰
محیطی	۵۴/۷۳(۱/۸۳)	۱۵/۶۲	۹۲/۷۵
کلی	۲۴/۷۷(۱/۹۶)	۱۴	۲۶

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان در مقیاس سازگاری قبل از بیماری در جدول شماره ۲ آمده است. با توجه به اینکه سن شرکت‌کنندگان پایین بوده است، بخش مربوط به بزرگسالی در پرسش‌نامه قابل پاسخ‌دهی نبود. نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده سازگاری پایین‌تر است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های شرکت‌کنندگان از نظر کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه WHOQoL-Bref [۲۲] در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

جدول شماره ۴ همبستگی برخی متغیرهای بالینی و جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد. جدول شماره ۴ نشان می‌دهد

جدول شماره ۱، سطح عملکرد کلی شرکت‌کنندگان را در سه وضعیت زمانی پیش از شروع روان‌پریشی، قبل از بستری و در حین بستری ارائه می‌کند. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در دوسوم افراد، بالاترین سطح عملکرد پیش از بروز بیماری ۷۰ (از حداکثر ۱۰۰) بوده است و تنها حدود ۷ درصد از افراد عملکرد بالای ۸۰ درصد داشتند. در حدود ۸۰ درصد از افراد پس از بروز بیماری و قبل از بستری، سطح عملکرد به زیر ۴۰ رسیده است. در زمان بستری سطح عملکرد تمام افراد زیر ۶۰ و در ۹۵ درصد موارد زیر ۴۰ گزارش شده است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی و معنی‌داری ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی

اختلال روان‌پزشکی	سابقه درگیری قانونی	مدت اختلال روان‌پزشکی غیر سایکوتیک	مدت اختلال روان‌پزشکی سایکوتیک	سابقه مصرف مواد
جنسیت	۰/۱۳(۰/۴۰)	۰/۱۵(۰/۳۱)	۰/۰۰۷(۰/۹۶)	۰/۱۵(۰/۳۳)
تحصیلات	۰/۰۵(۰/۷۴)	۰/۱۴(۰/۳۴)	۰/۱(۰/۵۲)	۰/۱۴(۰/۳۴)
شغل	۰/۳۰(۰/۰۴)	۰/۰۹(۰/۵۲)	۰/۰۱(۰/۹۱)	۰/۳۰(۰/۰۴)
بیماری جسمی	۰/۰۷(۰/۶۳)	۰/۲۳(۰/۱۳)	۰/۰۹(۰/۵۴)	۰/۱(۰/۵۱)
وضعیت سرپرستی کودک	۰/۰۱(۰/۰۹)	۰/۳۷(۰/۰۱)	۰/۲۷(۰/۰۷)	۰/۳۵(۰/۰۱)

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

جدول ۵. ضرایب همبستگی و سطح معنی‌داری متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان (تعداد=۴۴) با شدت نشانه‌های روان‌پریشی و سازگاری قبل از بیماری بر اساس PAS و PANSS

PAS						PANSS			متغیرهای جمعیت‌شناختی
T	G	A	LA	EA	C	G	N	P	
۰/۳۷ (۰/۰۲)	۰/۲۷ (۰/۰۸)	-	۰/۲۹ (۰/۲۸)	۰/۳۸ (۰/۰۱)	۰/۳۴ (۰/۰۲)	۰/۰۲۴ (۰/۸۸)	۰/۱۴۳ (۰/۳۶)	۰/۱۶۳ (۰/۲۹)	جنسیت
-۰/۳۵ (۰/۰۰۲)	-۰/۴۲ (۰/۰۰۵)	-	-۰/۴۵ (۰/۰۷)	-۰/۳۲ (۰/۰۳)	-۰/۳۸ (۰/۰۰۹)	-۰/۱۵۵ (۰/۳۳)	-۰/۳۴۵ (۰/۰۲)	۰/۱۳۶ (۰/۳۷)	تحصیلات
۰/۴۳ (۰/۰۰۶)	۰/۴۵ (۰/۰۰۳)	-	۰/۲۲ (۰/۴۰)	۰/۳۹ (۰/۰۰۹)	۰/۴۸ (۰/۰۰۱)	۰/۲۶ (۰/۰۹)	۰/۴۴۶ (۰/۰۰۲)	۰/۱۲۹ (۰/۴)	مدت اختلال سایکوتیک
شاخص‌های مقیاس کیفیت زندگی									
-۰/۳۸۰ (۰/۰۱)	-۰/۱۹ (۰/۲۲)	-	-۰/۵۱ (۰/۰۴)	-۰/۳۵ (۰/۰۲)	-۰/۲۸ (۰/۰۶)	-۰/۰۵ (۰/۷۵)	-۰/۰۸ (۰/۶۰)	۰/۱۳ (۰/۳۹)	فیزیکی
-۰/۲۱ (۰/۱۸)	-۰/۱۷ (۰/۲۸)	-	-۰/۲۴ (۰/۳۵)	-۰/۲۲ (۰/۱۶)	-۰/۱۵ (۰/۳۲)	-۰/۰۰۳ (۰/۹۸)	-۰/۵ (۰/۷۳)	۰/۱۶ (۰/۳)	روانی
-۰/۲۵ (۰/۱۴)	-۰/۲۱ (۰/۲۰)	-	-۰/۴۹ (۰/۰۷)	-۰/۳۳ (۰/۰۴)	-۰/۱۲ (۰/۴۶)	-۰/۱۵ (۰/۳۹)	-۰/۰۲ (۰/۸۸)	-۰/۰۸ (۰/۶۱)	اجتماعی
-۰/۱۲ (۰/۴۶)	-۰/۱۱ (۰/۶۹)	-	-۰/۱ (۰/۶۹)	-۰/۱۴ (۰/۳۶)	۰/۰۱ (۰/۹۲)	-۰/۳۰ (۰/۵)	۰/۱۴ (۰/۳۶)	-۰/۰۶ (۰/۶۹)	محیطی
۰/۰۶ (۰/۶۸)	-۰/۰۵ (۰/۷۳)	-	-۰/۱۷ (۰/۵۲)	۰/۰۴ (۰/۷۵)	-۰/۰۴ (۰/۷۶)	-۰/۰۴ (۰/۸۰)	-۰/۰۰۱ (۰/۹۹)	۰/۲۱ (۰/۱۵)	کلی

علائم اختصاری: P: مثبت؛ N: منفی؛ G: عمومی؛ C: کودکی؛ EA: اوایل نوجوانی؛ LA: اواخر نوجوانی؛ A: بزرگسالی؛ T: کلی

خودکشی همبستگی معنی‌دار (ضریب همبستگی $P=0/01$ ، $0/38$) وجود داشت. خطر خودکشی به میزان متوسط با سازگاری ضعیف پیش از بیماری رابطه معنی‌دار ($P<0/05$) داشت. میان نشانه‌های روان‌پریشی و خطر خودکشی ارتباطی یافت نشد.

بحث

این مطالعه به منظور ارزیابی ویژگی‌های بالینی، عملکرد کلی، کیفیت زندگی و سازگاری پیش از بیماری کودکان و نوجوانان مبتلا به اولین حمله روان‌پریشی (روان‌پریشی بار نخست) انجام گرفت که در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ در بیمارستان روانپزشکی روزبه بستری شدند. در میان تمام بیماران مبتلا به روان‌پریشی بار نخست شایع‌ترین اختلال تشخیص داده‌شده، اختلال خلقی نوع یک (۶۸/۳ درصد) در فاز مانیا و مختلط بود. در این میان ۱۵ درصد اسکیزوفرنیا، ۴/۵ درصد اختلال سایکوتیک گذرا، و ۲/۳ درصد اختلال اسکیزوافکتیو داشتند. اختلالات هم‌ابتلائی شایع عبارت بودند از: اختلال‌های وسواسی جبری، بیش‌فعالی کم‌توجهی و فوبیای اختصاصی.

به نظر می‌رسد آمار بالای اختلالات خلقی در میان بیماران مبتلا به روان‌پریشی بار نخست در پژوهش حاضر، در مقایسه با نمونه‌های آماری دیگر منحصر به فرد است و با نتایج مطالعات پیشین از جمله پژوهش‌های شیملمن و همکاران [۱]، فورنیلز

میان سوء مصرف مواد با وضعیت شغلی و سرپرستی کودک رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین، سابقه درگیری قانونی فرد نیز با وضعیت سرپرستی کودک ارتباط مثبت معنی‌داری دارد. بین مدت اختلال روانپزشکی سایکوتیک با تحصیلات رابطه منفی و با بیماری جسمی رابطه مثبت معنی‌دار دیده می‌شود.

جدول شماره ۵ همبستگی میان برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی را با نشانه‌های مثبت و منفی سایکوز و همچنین میزان سازگاری قبل از بیماری نشان می‌دهد. بر اساس جدول شماره ۵، شاخص‌های مربوط به نشانه‌های روان‌پریشانه با مشخصات جمعیت‌شناختی ارتباط قابل توجهی ندارند، اما سازگاری قبل از بیماری با جنسیت رابطه مثبت و با تحصیلات رابطه منفی معنی‌داری دارد. همچنین این ارتباط با مدت اختلال روانپزشکی روان‌پریشانه نیز مثبت و معنی‌دار است. بیشترین معنی‌داری در ارتباط منفی میان شاخص کیفیت فیزیکی زندگی با سازگاری قبل از بیماری در دوران اولیه و انتهایی نوجوانی و سازگاری کل به دست آمد.

بر اساس آزمون همبستگی اسپیرمن، هیچ همبستگی‌ای بین شاخص‌های جمعیت‌شناختی و مقیاس‌های پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۹ به دست نیامد. بین جنسیت و متوسط احتمال خطر

9. Quality of Life (QOL)

ضعیف پیش از بیماری ارتباط معنی‌داری را گزارش کرده‌اند. همچنین در مردان، بروز بیماری در سن کم، نشانه‌های منفی شایع‌تر، و نشانه‌های خلقی کمتر است [۲۶، ۲۷]. رابینوویتز [۲۸] در بررسی ۵۳۳ نفر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، میان‌سازگاری خوب پیش از بیماری با نمره کمتر از نشانه‌های منفی و عمومی مقیاس علائم مثبت و منفی رابطه‌ای پیدا کرد، اما هیچ رابطه‌ای با نشانه‌های مثبت به دست نیامد. او پیشنهاد کرد که رابطه‌سازگاری با نشانه‌های منفی مستقل از تأثیر نشانه‌های مثبت است.

فورنیلز و همکاران [۲۹] نیز میان سن و نشانه‌های مثبت روان‌پریشی، و بین تمام مقیاس‌های علائم مثبت و منفی و مقیاس ارزیابی ناتوانی رابطه مثبتی گزارش کردند، اما ارتباط میان نشانه‌های مثبت و عملکرد کلی منفی بود. آنان میانگین نمره PAS را (۲۰/۸ درصد) ۴۲/۹ و میانگین کلی عملکرد بر اساس GAF را (۱۴/۸ درصد) ۳۳/۵ به دست آوردند. در مطالعه ما میانگین نمره کلی PAS (۱/۶۵ درصد) ۲۹/۹۴ و میانگین کلی عملکرد در زمان بستری بر اساس CGAS (۸/۳۰ درصد) ۲۶/۳۶ بود. در مجموع، بیماران ایرانی علائم روان‌پریشی به‌شدت بالایی داشتند و از نظر سطح عملکرد کلی در زمان بستری نمره پایینی داشتند، اگرچه در مقایسه با مطالعات دیگر وضعیت بهتری داشتند. با این حال، برخی مطالعات سطح پایین عملکرد قبل از شروع درمان را با پاسخ عملکردی بهتر مرتبط می‌دانند [۲۹].

در مطالعه حاضر تحلیل همبستگی میان متغیرهای کیفیت زندگی بر اساس پرسش‌نامه کیفیت زندگی با شدت نشانه‌های روان‌پریشی بر اساس مقیاس علائم مثبت و منفی ارتباط خاصی را نشان نداد، اما کیفیت فیزیکی زندگی با سازگاری قبل از بیماری بر اساس PAS در دوره اوایل و اواخر نوجوانی ارتباط معنی‌داری داشت. بیشترین عوامل فشارزا برای شرکت‌کنندگان مطالعه به ترتیب مشکلات اقتصادی، تحصیلی و ارتباطی بود. متوسط احتمال خطر خودکشی در مقایسه با میزان کم یا زیاد، بیشتر بود. بین جنسیت و احتمال متوسط خطر خودکشی همبستگی مثبت (ضریب همبستگی ۰/۳۸، $P=۰/۰۱$) وجود داشت. خطر خودکشی به میزان متوسط تنها عامل خطر ساز بود که با سازگاری پیش از بیماری رابطه معنی‌داری داشت.

فالکون و همکاران [۳۰] نشان دادند احتمال خودکشی مکرر در نوجوانان بستری مبتلا به روان‌پریشی بار نخست نسبت به کسانی که روان‌پریشی نداشتند بیشتر بود. اختلال بیش‌فعالی کم‌توجهی و افسردگی قوی‌ترین عوامل خطر ساز بودند. مطالعه چانگ و همکاران [۳۱] روی ۳۸ بیمار ۱۸ تا ۳۵ ساله که هیچ‌گاه علائم مشخص روان‌پریشی را تجربه نکرده بودند، اما در گروه پرخطر قرار داشتند، نشان داد میانگین مدت روان‌پریشی درمان‌نشده (DUP) برای آن‌ها ((انحراف معیار=۱۸/۵۹) ۲۲ ماه بود. شایع‌ترین تشخیص در این افراد اختلال افسردگی NOS بود و هرچه شدت محتوای فکر، کمتر آزاردهنده و میزان اختلال اجتماعی بیشتر بود،

و همکاران [۲] و جانسن و همکاران [۴] در انگلستان [۳] همخوانی ندارد. می‌توان این تفاوت را به متغیرهایی مانند تفاوت‌های فرهنگی در توجه به نشانه‌های روان‌پریشی و سطح آگاهی از این اختلال، وجود و نوع مراکز ارجاع و اطلاع جامعه از این خدمات و روش دستیابی به آن‌ها، همچنین روش‌های متفاوت شرکت‌دادن افراد در تحقیق نسبت داد. بر اساس نتایج مطالعات ذکر شده، گرچه ارجحیت تشخیص‌ها با روان‌پریشی‌های غیر خلقی است، مجموع تعداد اختلالات اسکیزوفرنیفرم و روان‌پریشی مشخص‌نشده بیشتر از اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو [۲، ۱] است. با توجه به بروز کم اسکیزوفرنیای کودکی و ضرورت وجود نشانه‌های مثبت برای تشخیص‌گذاری، این یافته می‌تواند قابل انتظار باشد [۲۳]. همچنین وجود توهم در کودکان طبیعی و یا مبتلا به بسیاری اختلالات دیگر از ارزش آن به عنوان یک شاخص تشخیص اسکیزوفرنیا می‌کاهد [۲۴].

در مطالعه اخیر در ایران حدود ۳۰ درصد از شرکت‌کنندگان ترک تحصیل کرده و بیکار بودند. سطح عملکرد پیش از بیماری در سه‌چهارم موارد بیشتر از ۷۰ و در زمان مراجعه کمتر از ۳۰ بود. در کمتر از یک‌پنجم از شرکت‌کنندگان سابقه اختلال روانپزشکی در خانواده وجود داشت و بیش از چهارپنجم با والدین خود زندگی می‌کردند. به نظر می‌رسد در شرکت‌کنندگان ایرانی نسبت به مطالعه شیملمن و همکاران [۱] میزان آسیب‌شناسی روانی چه در فرد و چه در خانواده پایین‌تر و افت عملکرد کمتر است. این یافته با ارجحیت تشخیص‌های خلقی در مقایسه با اختلالات روان‌پریشانه غیر خلقی در شرکت‌کنندگان ایرانی همخوانی دارد، زیرا در مجموع سیر و پیامد روان‌پریشی‌های خلقی خوش‌خیم‌تر از موارد غیر خلقی است [۲۵]. می‌توان این نکته را مطرح کرد که در ایران بیشتر، کودکان و نوجوانانی در بیمارستان بستری می‌شوند که نشانه‌های شدید و پرسروصدا دارند؛ افرادی که معمولاً با خانواده اصلی زندگی می‌کنند و مشغول تحصیل هستند، اما پیش از بروز روان‌پریشی نسبت به جامعه هنجار، سازگاری کمتری دارند.

ارزیابی همبستگی میان متغیرهای بالینی و جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان ایرانی تأییدکننده ارتباط مثبت معنی‌دار میان سابقه درگیری قانونی فرد با وضعیت سرپرستی کودک، اختلالات روانپزشکی و مدت آن است. رابطه مدت اختلال روان‌پریشی نیز با تحصیلات منفی و با وجود بیماری جسمی مثبت و معنی‌دار به دست آمد. اگرچه، شاخص‌های مربوط به نشانه‌های روان‌پریشی هیچ ارتباط قابل توجهی با مشخصات جمعیت‌شناختی نداشتند، اما سازگاری قبل از بیماری با جنسیت رابطه مثبت و با تحصیلات رابطه منفی معنی‌داری داشت. همچنین، ارتباط آن با مدت اختلال روان‌پریشی نیز مثبت و معنی‌دار بود. شواهد موجود در ارتباط با جنسیت و روان‌پریشی بار نخست متناقض است. با این حال، بیشتر مطالعات بین جنسیت در میان مردان و سازگاری

است که برای بررسی و ثبت مشخصات کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست بستری در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان روزبه انجام شده است. این مطالعه به دنبال طرح پیشین محقق طراحی شد که با هدف مقایسه اثر درمان جامع با درمان‌های رایج در کودکان و نوجوانان مبتلا به سایکوز بار اول مراجعه‌کننده به درمانگاه کودک و نوجوان بیمارستان روزبه در یک پیگیری دو ساله انجام شده بود تا مبنایی برای راه‌اندازی یک سیستم ثبت اطلاعات برای پیگیری‌های درمانی و توانبخشی بعدی باشد. با این حال، تا راه‌اندازی فعال چنین مرکزی که خدمات را به صورت جاری و دائمی ارائه کند، به اقدامات و راهکارهای تکمیلی نیاز است.

نتیجه‌گیری

روان‌پریشی بار نخست تعدادی از اختلالات روان‌پریشانه خلقی و غیرخلق را دربرمی‌گیرد و کودکان و نوجوانان مبتلا به آن از اختلال شدید عملکرد، نشانه‌های جدی روانپزشکی و خطر خودکشی رنج می‌برند. بنابراین درمان لازم را دریافت نمی‌کنند و ممکن است بیماری آنها مزمن بشود. ثبت مشخصات این بیماران و طراحی مراکز خدمت‌رسانی درمانی و توانبخشی ضروری است. پیگیری پیامد و ثبات تشخیصی مبتلایان به این اختلالات می‌تواند برای طراحی و ارائه خدمات مناسب‌تر راهگشا باشد.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی و تأیید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (با شماره ۱۰۲۹۴) انجام شده است. از تمام کودکان و نوجوانان شرکت‌کننده در این طرح و خانواده‌های محترم ایشان سپاسگزاریم. همچنین، از سرکار خانم مؤمن که با مجریان، آزمون‌گران و شرکت‌کنندگان در این پژوهش هماهنگی‌های لازم را انجام دادند صمیمانه تشکر می‌کنیم. بنابه اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

DUP طولانی‌تر می‌شد. مطالعه دیگری در کره روی ۱۴ نوجوان ۱۵ تا ۱۸ ساله نشان داد [۳۲] تنها ۳۳ درصد از نوجوانان در معرض خطر روان‌پریشی، در جست‌وجوی کمک حرفه‌ای برآمده بودند و در میان ۵۷ درصد از آنان تماس اصلی با مراکز مداخله از طریق اعضای خانواده و اینترنت صورت گرفته بود.

مطالعه شریفی و همکاران [۳۳] در ایران روی ۹۱ بیمار مبتلا به روان‌پریشی بار نخست با میانگین سنی (انحراف معیار=۹/۸+) ۲۷/۴ سال نشان داد میانگین DUP، ۵۲/۳ هفته و میانه آن ۱۱ هفته بود. بیشتر بیماران پس از بروز روان‌پریشی ابتدا توسط روان‌پزشک، درمانگر یا پزشک عمومی معاینه شده بودند. بیشتر ارجاع‌ها به بیمارستان روانپزشکی از طریق افراد خانواده (۳۳ درصد) یا دست‌اندرکاران حوزه بهداشت (۳۱/۹ درصد) انجام شده بود. طول مدت اختلال روان‌پریشی در شرکت‌کنندگان قبل از مراجعه به خدمات درمانی در دوسوم موارد کمتر از دو ماه بود. در پژوهش شهریور و همکاران [۸] که روی کودکان و نوجوانان مبتلا به روان‌پریشی بار نخست بستری در بیمارستان روزبه مطالعه کرده بودند متوسط زمانی که از شروع علائم روان‌پریشی و مراجعه به روانپزشک می‌گذشت حدود ۴ تا ۶ ماه بود. بنابراین، میانگین DUP در گروه غیربزرگسال در مقایسه با بیماران بزرگسالی که به روان‌پریشی بار نخست مبتلا می‌شوند پایین است؛ شاخصی که با پیش‌آگهی بیمار و پاسخ به درمان ارتباط دارد، زیرا به نظر می‌رسد بیشترین منافع درمانی در روان‌پریشی بار نخست ظرف ۶ ماه اول درمان ظاهر می‌شود [۳۴]. علت این اختلاف را می‌توان به شیوع بیشتر روان‌پریشی‌های خلقی و حاد در شرکت‌کنندگان مطالعه‌های مذکور در مقایسه با مطالعات دیگر و احتمالاً توجه بیشتر خانواده‌ها به گروه سنی کودک و نوجوان ارتباط داد.

بیشتر کودکان و نوجوانان تحت نظارت خانواده زندگی می‌کنند و مسئولیت مراقبت از آنان بر عهده والدین است و کمتر به اختیار خود گذاشته می‌شوند تا برای درمان مراجعه کنند. در مطالعه بالاگر و همکاران (۲۰۰۵) [۳۵] نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله مبتلا به روان‌پریشی‌های غیرخلق‌ی بار نخست با بزرگسالان مبتلا مقایسه شدند. نتایج نشان داد در نوجوانان نسبت به بزرگسالان و به صورت معنی‌داری، طول مدت روان‌پریشی درمان‌نشده بیشتر، عملکرد اواخر نوجوانی نامناسب‌تر، رفتارهای غیرعادی بیشتر و نشانه‌های منفی اولیه متعددتر است. این یافته‌ها ضرورت تشخیص و درمان زودرس نوجوانان را به‌ویژه در روان‌پریشی‌های غیرخلق‌ی نشان می‌دهد. به عنوان نمونه، مارشال و همکاران [۳۶] در مطالعه‌ای مروری نشان دادند میان مدت روان‌پریشی درمان‌نشده و پیامد ۶ و ۱۲ ماهه (عملکرد کلی، نشانه‌های مثبت و کیفیت زندگی) ارتباط متوسطی وجود دارد. هرچه این مدت بیشتر باشد، احتمال فروکش کردن نشانه‌ها کمتر است. این ارتباط با سطح سازگاری پیش از بیماری توجیه نمی‌شود.

این طرح پژوهشی یکی از معدود طرح‌های طولی آینده‌نگر

References

- [1] Schimmelmann BG, Conus P, Schacht M, Mcgorry P, Lambert M. Predictors of service disengagement in first admitted adolescents with psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006; 45(8):990-9. doi: 10.1097/01.chi.0000223015.29530.65
- [2] Noguera A, Ballesta P, Baeza I, Arango C, de la Serna E, González Pinto A, et al. Twenty four months of antipsychotic treatment in children and adolescents with first psychotic episode. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2013; 33(4):463-71. doi: 10.1097/jcp.0b013e3182962480
- [3] Castro Fornieles J, Parellada M, Gonzalez Pinto A, Moreno D, Graell M, Baeza I, et al. The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophrenia Research*. 2007; 91(1-3):226-37. doi: 10.1016/j.schres.2006.12.004
- [4] Janssen J, Reig S, Parellada M, Moreno D, Graell M, Fraguas D, et al. Regional gray matter volume deficits in adolescents with first-episode psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008; 47(11):1311-20. doi: 10.1097/chi.0b013e318184ff48
- [5] Amini H, Alaghbandrad J, Omid A, Sharifi V, Davari Ashtiani R, Momeni F, et al. Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australasian Psychiatry*. 2005; 13(4):388-92. doi: 10.1111/j.1440-1665.2005.02199.x
- [6] Alaghbandrad J, Amini H, Sharifi V., Dashti B. A 2 year followup study on patients with first episode psychosis admitted to Roozbeh Hospital: Demographic and clinical characteristics and comparison of a specialized program and treatment as usual, Final Report. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2010.
- [7] Sharifi V, Amini H, Shahrivar Z, Mottaghipour Y, Mahmoudi Gharaee J, Alaghband Rad J. Course of psychotic disorders: A 3-year follow up study of patients with first episode psychosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 20(1):35-42.
- [8] Shahrivar Z, Alaghband Rad J, Mahmoudi Gharaie J, Seddigh A, Salesian N, Jalali Roodsari M, et al. The efficacy of an integrated treatment in comparison with treatment as usual in a group of children and adolescents with first episode psychosis during a two year follow up. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 18(2):115-37.
- [9] Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(7):980-8. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021
- [10] Shahrivar Z, Kousha M, Moallemi S, Tehrani Doost M, Alaghband Rad J. The reliability and validity of kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and life time version - Persian version. *Child and Adolescent Mental Health*. 2010; 15(2):97-102. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00518.x
- [11] Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 1987; 13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
- [12] Bates MP. The child and adolescent functional assessment scale (CAFAS): Review and current status. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2001; 4(1):63-84.
- [13] Patterson DA, Lee MS. Field trial of the Global Assessment of Functioning Scale-Modified. *American Journal of Psychiatry*. 1995; 152(9):1386-8. doi: 10.1176/ajp.152.9.1386
- [14] Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General psychiatry*. 1983; 40(11):1228-31. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790100074010
- [15] Blake K, Cangelosi S, Johnson Brooks S, Belcher HME. Reliability of the GAF and CGAS with children exposed to trauma. *Child Abuse & Neglect*. 2007; 31(8):909-15. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.017
- [16] World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration and scoring, Field Trial version. Geneva: World Health Organization; 1996.
- [17] Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population based study. *BMC Health Services Research*. 2008; 8(1):61. doi: 10.1186/1472-6963-8-61
- [18] Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-2.
- [19] Krauss H, Marwinski K, Held T, Rietschel M, Freyberger HJ. Reliability and validity of the Premorbid Adjustment Scale (PAS) in a German sample of schizophrenic and schizoaffective patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1998; 248(6):277-81. doi: 10.1007/s004060050050
- [20] Brill N, Reichenberg A, Weiser M, Rabinowitz J. Validity of the premorbid adjustment scale. *Schizophrenia Bulletin*. 2008; 34(5):981-3. doi: 10.1093/schbul/sbm128
- [21] Mahmoodi Gharaei J, Basirnia A, Abedi N, Shadloo B, Jafari S, Salesian N, et al. Association of premorbid adjustment with symptom profile and quality of life in first episode psychosis in a tertiary hospital in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2010; 5(1):23-27. PMID: PMC3430406
- [22] Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28(3):551-8. doi: 10.1017/s0033291798006667
- [23] Driver DI, Gogtay N, Rapoport JL. Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2013; 22(4):539-55. doi: 10.1016/j.chc.2013.04.001
- [24] Schreier HA. Hallucinations in nonpsychotic children: More Common than we think. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999; 38(5):623-5. doi: 10.1097/00004583-199905000-00028
- [25] Jarbin H, Ott Y., Von Knorring AL. Adult outcome of social function in adolescent onset schizophrenia and affective psychosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003; 42(2):176-83. doi: 10.1097/00004583-200302000-00011

- [26] Noguera A, Ballesta P, Baeza I, Arango C, de la Serna E, González Pinto A, et al. Twenty four months of antipsychotic treatment in children and adolescents with first psychotic episode. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2013; 33(4):463-71. Doi: 10.1097/jcp.0b013e3182962480
- [27] Macmillan I, Howells L, Kale K, Hackmann C, Taylor G, Hill K, et al. Social and symptomatic outcomes of first episode bipolar psychoses in an early intervention service. *Early Intervention in Psychiatry*. 2007; 1(1):79-87. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00014.x
- [28] Rabinowitz J, De Smedt G, Harvey PD, Davidson M. Relationship between premorbid functioning and symptom severity as assessed at first episode of psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(12):2021-6. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.2021
- [29] Castro Fornieles J, Parellada M, Gonzalez Pinto A, Moreno D, Graell M, Baeza I, et al. The child and adolescent first episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophrenia Research*. 2007; 91(1-3):226-37. doi: 10.1016/j.schres.2006.12.004
- [30] Falcone T, Mishra L, Carlton E, Lee C, Butler R, Janigro D, et al. Suicidal behavior in adolescents with first episode psychosis. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. 2010; 4(1):34-40. doi: 10.3371/csrp.4.1.2
- [31] Chung YC, Jung HY, Kim SW, Lee SH, Shin SE, Shin YM, et al. What factors are related to delayed treatment in individuals at high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2010; 4(2):124-31. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00170.x
- [32] Shin YM, Jung HY, Kim SW, Lee SH, Shin SE, Park JI, et al. A descriptive study of pathways to care of high risk for psychosis adolescents in Korea. *Early Intervention in Psychiatry*. 2010; 4(2):119-23. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00180.x
- [33] Sharifi V, Kermani Ranjbar T, Amini H, Alaghband Rad J, Salehian N, Seddigh A. Duration of untreated psychosis and pathways to care in patients with first episode psychosis in Iran. *Early Intervention in Psychiatry*. 2009; 3(2):131-6. doi: 10.1111/j.1751-7893.2009.00119.x
- [34] Archie S, Wilson JH, Woodward K, Hobbs H, Osborne S, McNiven J. Psychotic disorders clinic and first episode psychosis: A program evaluation. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50(1):46-51. doi: 10.1177/070674370505000109
- [35] Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent onset first episode psychosis different from adult onset. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005; 44(8):782-9. doi: 10.1097/01.chi.0000164591.55942.ea
- [36] Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first episode patients. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62(9):975. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.975